



**Amministrazione destinataria**

Comune di Ariccia

**Ufficio destinatario**

SUAP

**Comunicazione di collaborazione familiare relativa all'attività di noleggio con conducente**

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale								Tipologia			
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono				Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata			
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio						Provincia		Numero Iscrizione			

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

**in relazione all'attività di noleggio con conducente di cui all'autorizzazione**

Numero	Data	Ente di riferimento

## COMUNICA

di attivare la collaborazione familiare

**da parte del seguente soggetto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

Grado di parentela (solo in caso di domanda di attivazione della collaborazione familiare)

**da parte del seguente soggetto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

Grado di parentela (solo in caso di domanda di attivazione della collaborazione familiare)

**referente per la pratica**

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del collaboratore familiare
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ariccia

Luogo

Data

il dichiarante